

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIV LEGISLATURA —————

## 12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

---

### INDAGINE CONOSCITIVA SULLE INIZIATIVE DI PREVENZIONE DEL TABAGISMO E DEL TUMORE AL SENO IN ITALIA

2° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 6 OTTOBRE 2004

---

**Presidenza del vice presidente MASCIONI**

**INDICE****Audizione di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame**

* PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 14, 18	BOVENGA . . . . .	Pag. 3, 15, 18
BETTONI BRANDANI (DS-U) . . . . .	14	PACIFICI . . . . .	11, 18
* BIANCONI (FI) . . . . .	13	* ZUCCARO . . . . .	8, 17
* BOLDI (LP) . . . . .	13		

---

N.B.: L'asterisco indica che il testo del discorso è stato rivisto dall'oratore.

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Forza Italia: FI; Lega Padana: LP; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Per le Autonomie: Aut; Unione Democristiana e di Centro: UDC; Verdi-l'Ulivo: Verdi-U; Misto: Misto; Misto-Comunisti Italiani: Misto-Com; Misto-Lega per l'Autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-Libertà e giustizia per l'Ulivo: Misto-LGU; Misto-MSI-Fiamma Tricolore: Misto-MSI-Fiamma; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti democratici Italiani-SDI: Misto-SDI; Misto Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.*

*Intervengono in rappresentanza della Federazione Nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, il dottor Sergio Bovenga, presidente dei medici chirurghi e odontoiatri della provincia di Grosseto, nonché, per l'Osservatorio fumo, alcool e droghe dell'Istituto Superiore di Sanità, il professor Piergiorgio Zuccaro, direttore dell'Osservatorio e la dottoressa Roberta Pacifici, responsabile del settore fumo dell'Osservatorio.*

*I lavori hanno inizio alle ore 14,05.*

#### PROCEDURE INFORMATIVE

##### **Audizione di persone esperte su tematiche attinenti alla materia in esame**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulle iniziative di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia, sospesa nella seduta di mercoledì 28 settembre.

È oggi prevista l'audizione del dottor Bovenga, presidente dell'ordine dei medici di Grosseto, che è qui in rappresentanza della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri; del professor Piergiorgio Zuccaro, direttore dell'Osservatorio fumo, alcool e droghe dell'Istituto superiore di sanità, e della dottoressa Roberta Pacifici, responsabile del settore fumo dell'Osservatorio medesimo. Ringrazio i nostri ospiti per aver accolto l'invito della Commissione e cedo subito la parola al dottor Sergio Bovenga, in rappresentanza della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri.

BOVENGA. Ringrazio il Presidente la Commissione per l'opportunità che ci viene offerta partecipando all'audizione odierna. Sono qui in rappresentanza della Federazione nazionale su incarico del nostro presidente, il dottor Giuseppe Del Barone, che mi ha pregato con l'occasione di porgere alla Commissione i suoi saluti.

Come sapete, gli argomenti oggetto dell'indagine conoscitiva sono di grande rilevanza sociale e quindi il tempo a disposizione mi consentirà soltanto una sintesi, certamente non esaustiva; consegno, comunque, agli atti della Commissione una memoria scritta e rimango a disposizione per eventuali chiarimenti, per quanto le mie competenze consentono.

Il tabagismo rappresenta a tutt'oggi uno dei più rilevanti problemi di sanità europea e mondiale e l'Italia, ovviamente, non fa eccezione. Il consumo di tabacco rappresenta ad oggi la maggior causa prevenibile di decessi prematuri, quanto meno nei Paesi industrializzati. Secondo stime prudenziali, negli anni dal 2010 al 2030 sono attesi in Italia circa

10.000 decessi ogni anno su un numero di fumatori che attualmente si calcola intorno ai 13 milioni di cittadini italiani, con un'incidenza, per quanto riguarda le classi maggiormente interessate, che si va indirizzando in modo preoccupante verso la giovane età e le donne. Nei Paesi industrializzati il tabacco è responsabile del 24 per cento di tutti i decessi di uomini e del 7 per cento di tutti i decessi di donne. In altri termini, un uomo su quattro per cause dirette o indirette legate al tabacco va incontro alla morte. Ciò corrisponde, quanto a perdita media di vita, a 21 anni circa per coloro che decedono nella cosiddetta età media e a 8 anni per chi decede oltre i 70 anni, sempre a causa del tabacco.

Se ci riferiamo alle donne, poi, è bene ricordare che nelle ultraquarantenni l'associazione di fumo di tabacco e contraccettivi orali fa aumentare di dieci volte il rischio di malattie cardiovascolari.

In Italia le neoplasie polmonari hanno un'incidenza di 35.000-40.000 nuovi casi l'anno, con una sopravvivenza media a distanza di cinque anni dalla diagnosi del 13 per cento. Si tratta di un dato rimasto invariato negli ultimi vent'anni, che, tradotto concretamente, significa come l'unico provvedimento veramente efficace rispetto a tale patologia sia la prevenzione primaria (cioè non cominciare a fumare) o quella secondaria (smettere il prima possibile).

A modo suo, il tabacco è un problema sanitario unico rispetto alle cause prevenibili di malattie, perché è pericoloso sempre e comunque, a prescindere dalla dose o dalla modalità di consumo, come invece avviene nel caso di altri fattori di rischio. Induce una fortissima dipendenza, viene attivamente ed energicamente pubblicizzato, spesso senza alcuno scrupolo o comunque sul filo della legge. Il suo uso non nuoce soltanto a coloro che lo consumano ma anche a chi con esso viene indirettamente a contatto.

Dal punto di vista delle linee guida, per tentare di disassuefare dall'abitudine del tabacco, il *counseling* (ossia il rapporto con il medico di medicina generale) deve essere considerato privilegiato o da privilegiare.

Come ho detto alla senatrice Bianconi prima dell'inizio dell'audizione, la nostra categoria dovrebbe fare un po' di autocritica. I medici fumatori sono ancora troppi e rappresentano, purtroppo, un pessimo esempio non solo per i pazienti, ma in linea generale per tutti i cittadini.

Il *counseling* effettuato dal medico di medicina generale deve essere accompagnato a metodi con approccio psicologico di tipo cognitivo comportamentale individuali o di gruppo, alla farmacoterapia e a un intervento di tipo psicologico combinato con la Terapia sostitutiva con nicotina (NRT), che sembra stia dando risultati molto interessanti.

Sarebbe poi importante far conoscere a tutti che, già entro un anno dalla rinuncia al fumo, il rischio si riduce della metà o più e continua a declinare, sia pure più lentamente, raggiungendo, dopo un lungo periodo, il livello di coloro che non hanno mai fumato.

In sintesi, occorre promuovere una prevenzione primaria attraverso interventi di educazione sanitaria segnatamente nelle scuole, fra i giovani

per evitare l'iniziazione al fumo. È poi necessario attuare una prevenzione secondaria attraverso interventi mirati alla cessazione dal fumo.

Le campagne antifumo, sia pure faticosamente, apportano risultati positivi. Si calcola che il 30 per cento della popolazione dei fumatori ne sia influenzato, anche se poi solo il 6 per cento smette di fumare, il 7 per cento «ci prova», mentre il 10 per cento riduce il consumo di sigarette.

Questi punti, che ho rapidamente sintetizzato, sono in larga parte ripresi ed ampliati nel Piano sanitario nazionale che indica azioni specifiche, riguardanti provvedimenti che mirano a: promuovere il rispetto del divieto del fumo nei locali pubblici e negli ambienti di lavoro e l'attuazione di interventi di educazione sanitaria nell'età scolare; realizzare campagne mirate a favorire l'interruzione del fumo tra le donne in gravidanza; vigilare sulla corretta applicazione dei limiti alla pubblicità diretta e indiretta; sostenere azioni volte a favorire la disassuefazione dal fumo, impegnando in primo luogo i medici di medicina generale.

Per quanto riguarda la prevenzione del tumore al seno, gran parte delle informazioni sono il frutto del recepimento delle raccomandazioni avanzate dalla Forza operativa nazionale sul carcinoma mammario (FON-CAM).

Alcune indicazioni sulle dimensioni del fenomeno. Ogni anno si registrano circa 30.000 nuovi casi di tumori alla mammella, di cui 7.000-8.000 nelle donne in età inferiore a 50 anni; 13.000-14.000 tra i 50 e i 70 anni e 8.000-10.000 nelle età più avanzate.

Nel 2002 circa un terzo delle donne che hanno contratto la malattia sono decedute. Sul computo generale delle neoplasie che colpiscono le donne, si tratta di una percentuale pari al 16,3 per cento di tutti i decessi femminili attribuibili a cancro. I dati dei registri tumori indicano valori di incidenza più elevati nel Nord, intermedi al Centro e inferiori al Sud. La sopravvivenza relativa a cinque anni è passata dal 65 per cento, per i casi diagnosticati alla fine degli anni Settanta, al 75 per cento dei casi diagnosticati alla fine degli anni Ottanta.

Non elenco i fattori di rischio comunque riportati nella memoria che lascio agli atti della Commissione. Mi limiterò a fare solo riferimento a due punti. In primo luogo, mi soffermo sulla storia personale della donna colpita. Le donne che hanno avuto un tumore ad una mammella presentano un rischio 3-4 volte maggiore di sviluppare un tumore nell'altra mammella.

In secondo luogo mi soffermo sulla storia familiare. I familiari di primo grado di una donna colpita da carcinoma della mammella presentano un rischio quasi doppio di sviluppare la neoplasia rispetto alla popolazione senza familiarità. Tale rischio aumenta ulteriormente se i familiari ad essere colpiti dal tumore sono due o più di due. Se una donna (vedremo poi che anche gli uomini non ne sono esclusi) ha più di due parenti di primo grado affetti da carcinoma alla mammella, il rischio aumenta in misura maggiore.

A seguito di ulteriori accertamenti, nella maggior parte di queste famiglie si è riscontrata una mutazione genetica (non entro nello specifico

tecnico, ma cerco di rendere l'idea) nei geni detti BRCA 1 (*breast carcinoma 1*) o BRCA 2 (*breast carcinoma 2*), che sono alla base della maggior parte dei carcinomi mammari ereditari a trasmissione dominante.

Il rischio di ammalarsi di tumore per il portatore di geni predisponenti non è noto con assoluta certezza. In sostanza, non esiste un rapporto matematico di correlazione fra la presenza positiva del gene in questione e la probabilità di ammalarsi. È indubbio però che la presenza di tale gene rappresenta un rischio aumentato. Il problema è capire se è possibile sapere se si è portatori di detti geni. Oggi è tecnicamente possibile saperlo attraverso un comune prelievo di sangue venoso; per quanto riguarda l'attività di laboratorio, lasciamo il compito ai tecnici.

Bisogna poi individuare a chi può essere utile una simile indagine, sia per non correre il rischio di indulgere in un eccessivo ottimismo, di indurre false speranze o, al contrario, di generare involontariamente un eccessivo allarmismo in chi dovesse scoprirsi positivo al gene in questione e che non per questo ha la sicurezza di ammalarsi. È bene, allora, che l'indicazione ad effettuare questo tipo di indagine sia valutata in sede di consulenza genetica che si sostanzia, anzitutto, in un colloquio informativo per il soggetto che vi si deve sottoporre. Sarà compito del genetista, eventualmente coadiuvato dal clinico oncologo e dallo psicologo, illustrare al soggetto in esame le informazioni sul rischio «*a priori*» di essere portatore di un gene deleterio; sul significato dell'esame che si va a praticare; sul valore predittivo dell'esito positivo o negativo del test. Sarà poi compito del soggetto che si è sottoposto all'esame, soprattutto in caso di positività, informare i propri familiari e valutare l'eventualità di verificare se anch'essi hanno ereditato o meno il difetto genetico.

In sostanza, quest'analisi consente, una volta identificato il difetto genetico presente in ciascuna famiglia, di distinguere fra le donne a rischio quelle effettivamente predisposte, e quindi meritevoli di programmi mirati di *screening* o di profilassi.

Desidero occupare i restanti minuti a mia disposizione per soffermarmi prima sullo *screening* e poi su un dettaglio riguardante la terapia.

I programmi di *screening* mammografico hanno evidenziato una consistente riduzione della mortalità per carcinoma della mammella nelle donne in età superiore a 49 anni. Tale riduzione di mortalità – che si aggira attorno al 50 per cento nelle donne che si sottopongono a *screening* –, è stata ottenuta anche con l'uso della sola mammografia, ripetuta ad intervalli regolari di due e, in alcuni casi, anche di tre anni. Purtroppo, non tutte le donne aderiscono allo *screening*. I dati in mio possesso, riferiti al 2001, indicano un valore complessivo di adesione intorno al 48 per cento, con profonde differenze fra una Regione e l'altra: si va da Regioni «virtuose» in cui l'adesione arriva al 70 per cento (ad esempio, la Liguria), per arrivare al modestissimo 24 per cento della Sicilia.

Nel 2002 la partecipazione ai programmi di *screening* è migliorata perché è salita al 57 per cento sul territorio nazionale, anche se è, comunque, ancora al di sotto della percentuale di adesione ritenuta soddisfacente che è pari al 70 per cento. È senz'altro raccomandabile l'intensificazione

dell'organizzazione di programmi di *screening* mammografico con periodicità biennale rivolto alle donne residenti in età compresa fra i 50 e i 70 anni. È tuttora argomento di discussione scientifica la reale utilità dello *screening* delle donne fra i 40 e i 49 anni, non essendo ancora chiaro il rapporto costi-benefici.

Da un punto di vista operativo, i programmi di *screening* mammografico devono essere rivolti a donne residenti in una definita area geografica, di età compresa fra i 50 e i 70 anni e devono avere una periodicità biennale. La modalità di invito deve essere personalizzata e da ripetere per le non rispondenti. Si suggeriscono esami di approfondimento in relazione al primo esito dello *screening* mammografico e un controllo periodico dei risultati (tasso di partecipazione, frequenza e stadio della neoplasia diagnosticata). In sostanza, si deve valutare l'efficacia dello *screening* che si sta operando.

Considerando i costi di un programma di *screening* e le difficoltà diagnostiche del carcinoma della mammella, specie in fase pre-clinica (ossia quando ancora non ha dato segni di sé), appare opportuno che tutto il percorso diagnostico si espliciti in un'unica sede qualificata e controllata. Si registrano un'eccessiva frammentazione dei posti in cui lo *screening* è compiuto e soprattutto l'assenza del medesimo *standard* di qualità. Bisognerebbe, probabilmente, ridurre le postazioni in modo da aumentare la qualità rendendola omogenea sull'intero territorio nazionale.

L'ultima nota riguarda la terapia del carcinoma della mammella. In questa sede ritengo opportuno soffermarmi su alcuni aspetti dell'approccio chirurgico. Come sapete, la terapia del carcinoma alla mammella – come spesso accade in tutte le forme tumorali – è composita, nel senso che è chirurgica, medica, radioterapica, ormonoterapica.

Per quanto riguarda l'approccio chirurgico, la terapia prevede l'asportazione più o meno ampia di parte della mammella (fino alla sua completa asportazione per i tumori maggiori di 3 centimetri) e la cosiddetta dissezione ascellare, che fino a poco tempo fa veniva praticata in un certo qual senso di *routine*. Attualmente la dissezione è sostituita dalla metodica detta del «linfonodo sentinella». Si tratta di individuare preliminarmente se un determinato linfonodo è o meno positivo alla localizzazione di cellule cancerose. Solo in questo caso si procede alla dissezione ascellare; in caso contrario, ci si limita a una resezione locale senza svuotamento ascellare, con indubbe ripercussioni sulla donna non solo in termini di degenza e di ripresa delle attività ma anche dal punto di vista psicologico. Tale metodica, dipendendo dall'operatore o meglio dal centro in cui viene svolta, non può essere assolutamente lasciata all'improvvisazione. Un concetto siffatto vale sempre in medicina ma in qualche caso in modo particolare. È una tecnica da ritenersi affidabile a condizione che sia eseguita in centri specialistici che abbiano dimostrato la loro esperienza nell'ambito di studi controllati. In caso contrario, potrebbe rivelarsi un *boomerang*, giacché si potrebbe incorrere in falsi negativi, ossia in un prelievo inadeguato di linfonodo magari interessato.

Vorrei, infine, ricordare come la terapia dei tumori della mammella prevede ancora la ricostruzione e la riabilitazione fisica e psicologica, aspetti, a nostro avviso, molto importanti perché, se sviluppati e fatti conoscere nel modo giusto, potrebbero incidere sul basso livello di donne che si sottopongono a *screening* qualche volta solo per paura.

**ZUCCARO.** Illustrerò innanzi tutto alcuni dati rilevati nel 2003 concernenti la filiera e segnatamente la produzione del tabacco in alcuni Paesi rispetto alla produzione mondiale. Dai valori percentuali si evince che la maggiore produzione di tabacco è concentrata soprattutto in Cina e negli Stati Uniti, mentre l'Italia occupa una porzione molto piccola nell'ambito dell'Unione europea, pari a solo il 4,8 per cento.

Il secondo dato riguarda l'importazione e l'esportazione di tabacco nell'ambito dell'Unione Europea. Quanto ad importazioni l'Italia si assesta al sesto posto, mentre è al primo posto nelle esportazioni.

Le vendite rappresentano il problema fondamentale. I dati a nostra disposizione derivano da un'indagine DOXA che da diversi anni commissioniamo annualmente, in collaborazione con l'Istituto Mario Negri e con la Lega Italiana per la lotta ai tumori, al fine di verificare puntualmente il *trend* dei fumatori.

Dal 1993 si è verificato un fenomeno importante e preoccupante di aumento delle vendite di sigarette. Per fortuna nel 2003 abbiamo alcuni segnali positivi che testimoniano come le azioni intraprese negli ultimi anni abbiano iniziato a fare effetto. Per la prima volta si è registrata tra il 2002 e il 2003 una diminuzione dell'1,3 per cento della vendita di sigarette che – ancorché apparentemente irrilevante – corrisponde a circa 67 milioni di pacchetti da 20 sigarette.

Un altro dato confortante che ci fa presumere che è stata intrapresa la strada giusta è che nel primo semestre del 2004 si è registrata rispetto al primo semestre 2003 un'ulteriore diminuzione del 2 per cento nella vendita di sigarette. Speriamo che su base annua tutto ciò produca risultati finalmente incoraggianti e gratificanti del lavoro che stiamo tutti portando avanti in questi anni.

Oltre a verificare l'andamento delle vendite di sigarette c'interessa anche con apposite indagini calcolare la prevalenza dei fumatori. Ebbene, analizzando il periodo che va dal 1957 al 2004, si evince che in Italia inizialmente il 65 per cento dei fumatori erano uomini; si trattava, dunque, di un fenomeno prettamente maschile. Essere oggi arrivati al 30 per cento e aver quasi dimezzato la percentuale originaria rappresenta certamente un enorme successo.

Sulle donne, argomento odierno, esistono due differenti interpretazioni. Nel 1956 le donne fumatrici erano il 6,2 per cento, quindi una percentuale piccolissima; intorno agli anni '90-'92 si è registrato un picco. I dati DOXA rilevano poi un'oscillazione tra la percentuale delle donne fumatrici che passa dal 25,9 al 23,6, fino al 22,5 per cento del 2003. Allo stato riteniamo di essere in presenza di una fase discendente o quantomeno piatta. La mia opinione è che le donne abbiano avuto un comporta-



mento virtuoso, essendo cadute nel vizio del tabacco quando si erano già iniziate a mettere in atto le conoscenze sui danni provocati dal fumo. Auspico, pertanto, che il picco si limiti soltanto agli anni Novanta e che oggi, parallelamente a ciò che avviene per gli uomini, si registri un'ulteriore diminuzione.

Vi è invece chi prevede che il numero delle donne fumatrici aumenterà. Al momento i dati rilevano una fase di discesa, piccole riduzioni che rappresentano però un segnale importante. Le percentuali sono interessanti, ma è forse più importante e significativo quantificare i fumatori. In Italia, i fumatori sono 12,8 milioni, gli ex fumatori 8,6 milioni e 27,4 milioni i non fumatori. I 12,8 milioni di fumatori rappresentano un enorme problema dal punto di vista sanitario.

Sempre nella nostra indagine abbiamo esaminato i tentativi di smettere di fumare. Come è a tutti noto, generalmente i fumatori provano a smettere di fumare. Abbiamo monitorato questo fenomeno nel 2003 e nel 2004 e dalla nostra indagine campionaria è emerso che sono aumentati i tentativi di smettere di fumare con successo (16,6 per cento nel 2003 e 17,9 per cento nel 2004). Percentualmente sembrano piccole differenze ma se si verifica il corrispondente numerico le cifre risultanti sono decisamente elevate; 700.000 sono i fumatori che hanno smesso di fumare nel corso dell'anno.

Chiaramente non tutti coloro che hanno smesso non riprendono a fumare; come ben sappiamo, in questo campo le recidive sono molto elevate. Ad ogni modo, è già positivo che ogni anno un certo numero di fumatori tenti di smettere di fumare.

A questo punto mi preme sottolineare il ruolo importantissimo del medico di base. In passato si era usi affermare che la categoria dei medici era quella che fumava di più. Ciò non è vero: i medici fumano come tutte le altre categorie professionali (ingegneri, avvocati, e via discorrendo). Il problema è che non dovrebbero fumare affatto, attesa anche la significatività del messaggio che può dare un medico che non fuma. Oltre a non fumare in presenza dei propri pazienti, i medici fumatori dovrebbero nascondere il proprio vizio, mantenendolo estremamente privato. Il medico sa benissimo quel che deve fare della propria vita; a noi interessa di più sapere come e quanto si rapporta con i propri pazienti. Oggi ognuno di noi si reca minimo una volta l'anno dal medico di base. Ebbene, se in tale occasione il medico ricordasse al proprio paziente che deve smettere di fumare, ne deriverebbe un effetto eclatante molto positivo a costo zero.

Negli ultimi mesi il 23,1 per cento dei fumatori ha ricevuto il suggerimento di smettere di fumare dal proprio medico di base. Secondo il metodo di valutazione seguito tale dato può apparire buono o cattivo. Peraltro, si tratta di un valore in crescita, tenuto conto che negli anni passati i medici di base non ponevano domande del genere.

Come abbiamo riportato nelle Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo, predisposte in collaborazione con l'Ordine dei medici, si è avuto modo di verificare quanto un intervento clinico minimo, quale quello che ho indicato, sia estremamente efficace. Il fatto

stesso che il paziente si senta ricordare la propria condizione tabagica, secondo studi controllati internazionali, produce una sua efficacia. Non mi riferisco però solo ai medici.

L'Organizzazione mondiale della sanità ha stabilito che, in occasione della Giornata mondiale senza tabacco, prevista il 31 maggio prossimo, tema principale saranno le modalità con cui tutto il personale sanitario (non solo i medici) deve rapportarsi al problema del tabacco ed essere impegnato in questa battaglia. Questo è il lavoro che come osservatorio svolgiamo presso l'Istituto superiore di sanità.

Il telefono verde contro il fumo funziona ormai da più di quattro anni ed è, a nostro avviso, uno strumento importante. Lo scopo del numero verde è rapportarsi con i cittadini che chiamano per: dare informazioni scientifiche corrette, aggiornate e personalizzate; favorire attraverso il colloquio l'individuazione del reale problema dell'utente, valutare insieme allo stesso una gamma di soluzioni del problema evidenziato, facilitare la persona in difficoltà ad attuare modifiche comportamentali e decisionali necessarie per la diminuzione o la cessazione della abitudine tabagica. Vi è anche un colloquio con gli operatori del settore, anche medici, che si rivolgono a noi per avere indicazioni su dove indirizzare i pazienti, su quali sono le terapie più avanzate e sui dati epidemiologici.

Abbiamo predisposto e diffuso una serie di manuali di cui l'ultimo è una guida pratica, da leggere, compilare e personalizzare, che si basa sul presupposto che la maggior parte delle persone che hanno smesso di fumare lo hanno fatto da sole. Abbiamo ritenuto opportuno distribuire questa semplice guida a tutti coloro che ne hanno fatto richiesta; è possibile però anche scaricarla anche dal sito Internet [www.ossfad.iss.it](http://www.ossfad.iss.it) e rappresenta un modo semplice per cercare di smettere di fumare: consigli pratici senz'altro efficaci, anche se chiaramente non tutti riescono nell'intento.

Nel 2004 abbiamo censito 345 centri per la disassuefazione sparsi in tutta Italia. In ogni Regione e in ogni ASL è presente un centro al quale ci si può rivolgere e dove il personale medico e quello del Servizio Sanitario Nazionale, previo pagamento di un *ticket* secondo le prestazioni rese, forniscono un aiuto. Accanto ai centri censiti, ormai da diversi anni e con un aggiornamento annuale, indichiamo anche i centri della Lega Italiana per la lotta contro i tumori, che hanno dislocazione provinciale e spesso lavorano insieme ai centri del Servizio sanitario nazionale. Si tratta, dunque, di un'attività di supporto e di cooperazione molto importante.

Abbiamo sviluppato le carte del rischio polmonare. Come sapete, in Italia esistono le carte del rischio cardiovascolare che sono importanti, essendo il fumo uno dei fattori di rischio maggiori per questo tipo di patologie cardiovascolari. Malgrado fosse a tutti noto che il fumo è la maggiore causa di rischio per le patologie respiratorie, come la Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e tumore al polmone, non erano state mai approntate carte analoghe a quelle per il rischio cardiovascolare. Come Istituto superiore di sanità, in collaborazione con il CNR e il Dipartimento di epidemiologia della ASL Roma E abbiamo predisposto queste carte con le quali si può calcolare per il soggetto, rispetto alla classe di

età, all'esposizione, al fatto che oltre al fumo di sigaretta sia esposto o meno ad altri fattori ambientali, la probabilità di ammalarsi, nei prossimi dieci anni, di BPCO e di tumore al polmone.

In caso di tumore al polmone all'aumento del numero delle sigarette fumate aumenta in modo significativo e abbastanza drammatico il fattore di rischio. Questi dati importanti, ancorché di facile lettura per tutti i cittadini, sono dedicati alla classe medica che deve aiutarci a portare avanti questa battaglia dal punto di vista sanitario.

Ricordo poi che ci si ammala e si muore anche di fumo passivo. In tal senso richiamo le leggi sulla tutela della salute dei non fumatori e di recepimento della direttiva 2001/37/CE in materia di tabacco nonché il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 dicembre 2003. Si tratta di riferimenti normativi concatenati tra loro, che riportano al problema, dibattuto e finalmente risolto, della tutela della salute dei non fumatori e al divieto di fumare nei locali chiusi. Sarà vietato fumare nei locali chiusi ad eccezione degli ambienti privati non aperti al pubblico e di quelli riservati ai fumatori e come tali contrassegnati. Essendo stata prevista una fase di transizione per consentire agli esercenti di realizzare i *box* riservati ai fumatori, la normativa entrerà in vigore alla fine dell'anno. Ovviamente, restringendo le possibilità di fumare, si mette in moto un circolo virtuoso riconducibile alla prevenzione.

Da ultimo, ricordo il nostro sito Internet, dove sono reperibili e scaricabili i documenti che ho richiamato e soprattutto le ricerche nostre e di altri colleghi.

*PACIFICI.* Il nostro Osservatorio negli ultimi anni ha dedicato molta attenzione al problema del tabagismo nei giovani. I dati relativi all'ultimo anno rilevano che in Italia il 12 per cento dei ragazzi tra i 13 e i 17 anni fuma mediamente sette sigarette al giorno. Il 48 per cento di questi giovani, però (quindi quasi la metà), fuma meno di cinque sigarette al giorno. Nella maggior parte dei casi il minore compra direttamente le sigarette e l'accesso è generalmente il tabaccaio, anche se non è indifferente la quota di acquisto presso i distributori automatici.

I ragazzi fumano tendenzialmente poco, tant'è vero che più del 90 per cento dei giovani tra i 15 e i 17 anni hanno sviluppato una bassa o bassissima dipendenza alla nicotina. Attesa la caratteristica dell'acquisto diretto della materia, si è già in presenza di una popolazione di fumatori, ancorché con una dipendenza fisica diversa rispetto alla popolazione adulta. Appare quindi estremamente importante agire subito su di essi, prima che questa abitudine si consolidi e si passi a meccanismi di dipendenza più complessi da risolvere.

Il linguaggio destinato ai ragazzi deve essere particolarmente dedicato e studiato. Una delle nostre iniziative è il manifesto realizzato in occasione della Giornata mondiale senza il tabacco 2003, recante l'immagine di due ragazzi che si baciano e la scritta: «L'amore è un film senza fumo».

Purtroppo, un veicolo quale la televisione, che sappiamo influenzare profondamente il comportamento sociale e le norme culturali, non è nostro alleato in questa battaglia. Abbiamo fatto uno studio per verificare il ruolo della televisione nei confronti dell'induzione e dell'abitudine al fumo. In particolare, abbiamo effettuato un monitoraggio di una serie di eventi (*film, fiction, cartoon, video musicali*) su tutte le principali emittenti televisive ed è risultato che mediamente ogni 32 minuti viene trasmesso un «atto fumo», vale a dire qualcuno che accende o consuma una sigaretta. Le frequenze dell'«atto fumo» sono molto diverse a seconda del tipo di programma e dell'emittente; possono variare da una ogni 17 minuti ad una ogni 23 minuti. È estremamente grave che su MTV – emittente rivolta ai giovanissimi e che chi fra di voi ha figli certamente conosce – vadano in onda tutto il giorno video musicali e *cartoon*, nel corso dei quali si riscontra un «atto fumo» ogni 6 minuti.

Non solo: la contestualità del gesto è particolarmente grave, perché l'«atto fumo» è associato, nel 62 per cento dei casi a un eroe, a una personalità positiva e vincente calata in un contesto motivazionale di successo, seduzione e convivialità.

Non a caso dai nostri dati emerge che oltre il 70 per cento dei ragazzi tra i 15 e i 20 anni non disapprova l'uso di sigarette occasionali, reputando i rischi connessi poco significativi. In altri termini, i giovani sono convinti che fumare occasionalmente non danneggia la loro salute. Il 55 per cento dei ragazzi associa al fumo di più di dieci sigarette il giorno un grave rischio per la salute.

Altri dati riguardano l'efficacia di alcuni importanti interventi legislativi. Mi riferisco, in particolare, alla normativa di adeguamento alla direttiva europea che impone la presentazione e la vendita di prodotti di tabacco con le ben note scritte. Abbiamo svolto un'indagine per capire l'effetto prodotto da tali messaggi. Ebbene, nella maggior parte dei casi l'83 per cento dei fumatori ha ricordato non a caso la scritta «Il fumo uccide», trattandosi di espressione particolarmente forte. La frase che ha colpito meno è «Il tuo medico o il tuo farmacista possono aiutarti a smettere di fumare», perché non li tocca affatto.

Quali effetti hanno prodotto queste scritte, che per l'Italia (è bene ricordarlo) sono state a costo zero, essendo la campagna pubblicitaria interamente a carico delle industrie del tabacco? Intanto 1.200.000 fumatori, pur rimanendo tali, hanno ridotto il numero di sigarette fumate. Considerato che si è trattato di una campagna a costo zero, ci si può considerare soddisfatti.

Come valutano i fumatori la legge sui divieti che entrerà in vigore a dicembre? Oltre l'86 per cento dei fumatori risulta favorevole a che non si fumi nei locali pubblici o che comunque vi siano aree protette per chi non vuole fumare. Non solo, oltre l'85 per cento dei fumatori è favorevole al divieto di fumare sul posto di lavoro. Occorre per ciò smitizzare l'idea che gli interventi sul fumatore siano dallo stesso vissuti come una privazione della propria libertà. Non è vero, il fumatore ha già elaborato questo processo ed è più che pronto ad essere aiutato.

Vorrei portare alla vostra attenzione un ultimo dato che può fare riflettere chi deve prendere decisioni. Il 61 per cento dei ragazzi di età compresa fra i 15 e i 24 anni ritiene poco o per nulla rilevante un significativo aumento dei prezzi delle sigarette come intervento volto a ridurre la diffusione del fumo tra i giovani.

BIANCONI (FI). Presidente, in primo luogo ringrazio vivamente i nostri ospiti per le tre bellissime relazioni che ci hanno oggi illustrato.

Chiedo al professor Zuccaro e alla dottoressa Pacifici di fornirci tutti i dati che sono in loro possesso segnatamente sui giovani, che dovrebbero essere oggetto di una nostra ampia riflessione. Avete già svolto negli anni precedenti campagne di informazione? È nostro compito, infatti, capire come viene percepito il messaggio pubblicitario.

Gli indici relativi al tumore al seno rilevano un forte abbassamento dell'età delle donne colpite da questa neoplasia. Essendo la prevenzione un'arma vincente, sarebbe molto utile che le giovani generazioni imparassero l'autopalpazione al fine di conoscere il proprio fisico e le eventuali trasformazioni sono un forte campanello d'allarme. Generalmente le donne si sottopongono almeno una volta l'anno ad una visita medica. Sarebbe estremamente utile se i medici di medicina generale mostrassero una certa sensibilità nei confronti delle giovani donne, invitandole a sottoporsi ad un programma di *screening*. A tal fine una lettera personalizzata sarebbe non solo utile alle donne ma lo sarebbe anche se il medico di medicina generale richiedesse gli esiti degli accertamenti effettuati.

Vorrei sapere se state operando in questa direzione e se è possibile inserire ciò nelle vostre linee guida.

BOLDI (LP). Reputo veramente interessanti i dati che i nostri ospiti hanno illustrato alla Commissione. Desidero fare due annotazioni curiose a proposito della pubblicità la cui influenza è molto rilevante. In tal senso è esemplificativo il film – uscito negli Stati Uniti proprio nel momento in cui è iniziata la terribile campagna antifumo – intitolato «Water World» nel quale «i cattivi» si chiamano *smokers*. Il messaggio ha avuto un buon esito trattandosi di un film di avventura visto soprattutto da bambini e adolescenti. Forse occorrerebbe ricorrere anche noi a soluzioni del genere. Quello del film è un messaggio subliminale perché, pur essendo contro il fumo, non si trova all'interno di uno *spot* dichiaratamente antifumo. Questa potrebbe essere un'altra via da percorrere.

Su MTV ha perfettamente ragione: è un'emittente in cui compaiono personaggi che fumano molte sigarette.

Varrebbe la pena di indagare se anche da noi si è pensato di pubblicizzare il non fumo attraverso campagne subliminali e non dichiaratamente antifumo.

Professor Zuccaro, nella sua relazione ha parlato della tecnica del linfonodo sentinella. Mi pare di avere letto – come lei stesso ha affermato – che non si tratta di una tecnica molto facile, alla portata di qualunque ospedale ma che sia necessario un contatto con un centro di anatomia pa-

tologica e di oncologia in grado di compiere le necessarie analisi. Esistono dati in tal senso? In caso affermativo, ne siete in possesso?

Infine, quali sono i centri che, direttamente o in rete con altri, applicano sul territorio nazionale la tecnica del linfonodo sentinella?

BETTONI BRANDANI (*DS-U*). Premetto di essere arrivata in ritardo rispetto all'inizio dell'audizione per cui potrei non aver ascoltato tutti i dati che sono stati illustrati sul fumo e sul cancro del polmone.

Mi sembra di capire che, dopo una certa età, il rischio di tumore rimane alto anche se si smette di fumare. Come si fa a convincere una persona di 55 anni a smettere di fumare?

PRESIDENTE. È stato detto che, dopo alcuni anni, il rischio del fumo non è più molto incisivo.

Penso che nessuna campagna sia terribile. Terribile è il destino clinico del fumatore, perlomeno di molti di loro.

In merito a quest'indagine conoscitiva, si è svolta una contrastata discussione nella nostra Commissione, che si è poi risolta in una contesa tra i fumatori e i non fumatori. Stante la caratteristica della nostra Commissione, molti suoi membri sono medici. Pur se considerato in un certo senso una persona scomoda, sono comunque riuscito a far sì che in questa sede sia rispettato il Regolamento che prevede il divieto di fumo in Commissione. L'ambiente non è molto spazioso per cui bastano solo due persone che fumano a rendere l'aria irrespirabile. Sono riuscito in questo ma non sono affatto riuscito a indurre qualche collega a smettere di fumare, forse non ho l'autorevolezza per riuscirci. Ognuno tratta se stesso come crede e un senatore non ha il compito precipuo di dare indicazioni sanitarie.

Penso invece al medico che ha per primo questo dovere professionale ed etico. Non mi riferisco al medico senatore presente in questa Commissione ma a quei medici che hanno scarsa autorevolezza nel chiedere o nell'esortare i loro pazienti a smettere di fumare e che non dico fumano ma hanno un portacenere con dentro i mozziconi di sigaretta o il pacchetto con l'accendino sul tavolo del loro ambulatorio. Non si può ridurre il problema ad aneddotica. I medici di medicina generale hanno una convenzione con lo Stato e una delle loro funzioni precipue è anche quella di fare prevenzione. Esiste un problema reale che diventa storia che si racconta. Quanti fumatori che si rivolgono al medico cercano l'alibi nel fatto che anche il medico al quale si sono rivolti fuma? Ho introdotto questo problema serio per rivolgere una domanda precisa al dottor Bovenga, al quale chiedo di porgere i miei più sentiti saluti al dottor Del Barone.

Gli Ordini dei medici, che devono preoccuparsi dei comportamenti dei loro associati, hanno in mente di realizzare qualcosa in questo settore? È un aspetto importante ma non so quale sia la capacità di convincimento che i medici hanno in riferimento a un paziente che fuma; tuttavia, se le relazioni scritte in materia potessero avere ampia diffusione, probabilmente un po' di timore e qualche preoccupazione potrebbe indurre il fu-

matore se non a smettere del tutto quantomeno a ridurre il numero delle sigarette fumate. Abbiamo però bisogno del buon esempio. Tutti gli operatori sanitari sono importanti, per l'amor di Dio, ma il medico al quale si fa riferimento è anche la figura di cui ci si fida. Si potrebbero ridurre i dati illustrati in maniera sensibile attraverso una campagna affidabile e attendibile da parte della categoria. La premessa però è che la categoria dia il buon esempio. In sintesi, vorrei sapere se avete in mente di fare qualcosa in questo settore.

*BOVENGA.* Presidente, porgerò i suoi saluti al dottor Del Barone. Parto dalle considerazioni da lei espresse e riferisco, se posso, anche se non so se sia il caso, un aneddoto. Qualche settimana fa, o forse prima dell'estate vi è stato uno sciopero che ha coinvolto in larga parte la nostra categoria; in quell'occasione a vari livelli sono stati intervistati diversi medici rappresentanti sindacali. Su un giornale ho letto le dichiarazioni di un collega, rappresentante sindacale – e qui emerge chiaramente Freud – che, nel parlare dei problemi anche economici della categoria, riportava come esempio, l'aumento del costo di un pacchetto di Marlboro rispetto a dieci anni prima; non ha pensato alle mele, alle pere o al pane, casualmente gli è venuto in mente proprio il fumo.

Ho riferito quest'aneddoto per significare come tale dichiarazione non è passata inosservata non solo per l'importanza del messaggio subliminale trasmesso (il medico comunicava a tutti che fumava e cosa fumava), ma soprattutto per l'assoluta involontarietà ed automatismo con cui tale messaggio veniva dato. Evidentemente non si trattava di un messaggio voluto, ma radicato nelle abitudini del collega.

Il Presidente ha perfettamente ragione, servirebbe da parte nostra una maggiore presa di coscienza del problema del fumo dal punto di vista non tanto tecnico scientifico, i cui dati sono ormai inequivocabili, ma del nostro ruolo che ci pone comunque sotto l'attenzione degli altri nell'esercizio delle nostre funzioni e della nostra vita pubblica. Posta l'impossibilità di discriminare i cittadini, dovremmo certamente dimostrare maggiore sensibilità.

Sono presidente dell'Ordine dei medici di Grosseto; a livello sia locale sia nazionale gli ordini come enti ausiliari dello Stato, hanno, fra gli altri, anche il compito di far rispettare le regole deontologiche. Il nostro codice deontologico, fra l'altro, prevede di non porre in essere atti o comportamenti disdicevoli. Pertanto, anche se non credo sia possibile, se un medico fumasse sul proprio posto di lavoro (ambulatorio personale in struttura pubblica o privata, comunque aperta al pubblico) oltre a contravvenire a tutte le leggi dello Stato, contravverrebbe sicuramente a un preciso dovere deontologico. In questo caso se gli Ordini ne vengono a conoscenza hanno dovere e potere sanzionatorio nei confronti di questi colleghi.

La senatrice Bianconi parlava giustamente della giovane età in cui spesso viene diagnosticata la neoplasia del seno e come l'autopalpazione – è assolutamente accertato – agevola una diagnosi in uno stadio più pre-

coce della malattia. In altri termini, le donne arrivano alla diagnosi avendo esse stesse per prime percepito qualcosa, soprattutto se l'autopalpazione è effettuata con regolarità; non ha senso farla con casualità, visto che solo se fatta regolarmente consente di arrivare più precocemente alla diagnosi, riducendo di conseguenza in modo drastico i tassi di mortalità. I dati che abbiamo riferito riguardano rilevamenti non settorializzati ma complessivi. Se le scindiamo per stadio di malattia non abbiamo più un 75 per cento complessivo di sopravvivenza ma un 90 per cento negli stadi precoci e un 40 per cento in quelli più avanzati.

Questo dato è senz'altro vero, com'è vero che anche in questo caso potrebbero fare qualcosa non solo i medici di medicina generale, ma soprattutto gli specialisti ginecologi o senologi. Le giovani donne normalmente se non hanno problemi particolari, come ovviamente anche i giovani uomini, difficilmente si recano dal proprio medico; non hanno un rapporto continuo come invece hanno l'uomo e la donna adulta o a maggior ragione anziana. Il contatto dei giovani adulti con i medici di medicina generale è più sporadico, limitato a problematiche specifiche e quindi non così costante come si potrebbe in prima istanza immaginare. Il rapporto diventa sicuramente più regolare con l'avanzare dell'età.

È giusto anche il suggerimento della lettera personalizzata che non andrebbe rivolta però alle giovani donne ma a quelle tra i 50 e i 70 anni che si recano con maggiore frequenza dal proprio medico, il quale può così svolgere un ruolo sicuramente incisivo. Nel caso invece delle giovani donne un ausilio potrebbe venire dai ginecologi, dove le donne si recano per lo *screening* del carcinoma dell'utero.

Senatrice Boldi, non posso al momento indicarle dati precisi sul linfonodo sentinella, ma posso eventualmente fornirli in un momento successivo. In generale, la rete dei centri che praticano questa metodica non è molto diffusa ed è proprio per questo che mettevvo in guardia dall'eccessiva enfasi, soprattutto mediatica, sul ricorso a tale metodica, soprattutto per non indurre all'improvvisazione. In realtà, si tratta di una tecnica molto fine, che ha reali vantaggi però solo se applicata nel centro giusto, dalle persone giuste e nei casi giusti. L'improvvisazione non produce alcun vantaggio, rischia anzi di provocare qualche danno in più. Peraltro, la metodica del linfonodo sentinella, avvalendosi della somministrazione locale, nella lesione, di un colorante vitale o di un tracciante radioattivo, richiede la presenza della medicina nucleare. È un procedimento complesso che va portato a termine per bene; l'ho richiamato alla vostra attenzione solo perché ne fossero noti i vantaggi e al tempo stesso i possibili rischi in caso di improvvisazione.

Senatrice Bettoni Brandani, non so quali dati lei abbia ascoltato; ce n'è uno però che le è probabilmente sfuggito: dopo un anno di sospensione completa del fumo, il rischio di contrarre malattie legate al fumo si dimezza rispetto al resto della popolazione. Perché poi continui a scendere, il processo è molto più lungo. In ogni caso, già solo un anno di sospensione dal fumo dimezza il rischio rispetto alla popolazione fumatrice.



*ZUCCARO.* Nel corso della mia esposizione ho tralasciato volutamente tutte le iniziative relative al Ministero la cui conoscenza credo sia già in vostro possesso. Mi limito solo a richiamare le campagne sui giovani che il Ministero della salute ha fatto e sta facendo.

Non siamo esperti in comunicazione tanto meno quella subliminale, ci limitiamo semplicemente come Osservatorio a verificare ciò che succede. Persone più esperte potranno spiegarvi meglio quest'aspetto. È indubbio, comunque, che la comunicazione, subliminale o non, è abbastanza plateale; i pacchetti di sigarette appaiono in continuazione nei filmati televisivi.

Non vorrei difendere MTV, ma occorre tenere presente che la maggior parte dei filmati trasmessi non sono italiani ma di importazione. In proposito, faccio presente che il nostro livello di attenzione sul fenomeno è abbastanza sofisticato: parliamo della televisione che fa vedere il fumo. Negli Stati Uniti invece la pubblicità non è mascherata ma diretta. Problemi del genere sono quindi comprensibili, essendo il nostro Paese, tra i primi in Europa ad aver proibito la pubblicità diretta e indiretta. Inevitabilmente qualcosa passa; ora si adegnerà anche la Formula 1, e non è un fatto da poco perché un conto è vedere la gara, altro la scritta «Marlboro» dappertutto. In questo campo siamo decisamente molto avanti.

Tra i canali delle televisioni di Stato e quelli di Mediaset non v'è differenza ma, purtroppo, un'enorme uguaglianza. A questo proposito ricordo che dopo la nostra indagine del 2002 il ministro Sirchia – non potendo fare altro in assenza del benché minimo appiglio legislativo – ha richiamato le emittenti a una maggiore cautela. Nessuno vuole togliere a Humphrey Bogart la famosa scena di Casablanca, peraltro meno pericolosa e d'effetto sui giovani perché datata. Il vero problema sono le scene riconducibili alla vita attuale di tutti i giorni. Non è nostra intenzione essere proibizionisti e vietare tutto, chiediamo però un minimo di cautela.

Ci risultano, ad esempio, circolari interne che sono state emanate alle reti che per ora però non hanno sortito effetti rilevanti. Bisognerebbe raccomandare maggiore cautela anche se non so come ciò sia possibile dal punto di vista giuridico.

È vero che smettere di fumare a qualsiasi età comunque produce benefici ma tale affermazione necessita anche d'interpretazione. Non è pensabile che una persona che ha fumato un pacchetto di sigarette al giorno per quarant'anni sia poi miracolata per il solo fatto di avere smesso: non è possibile, i danni prodotti giorno dopo giorno rimangono. Quello riportato è solo un dato statistico. Tuttavia, tenuto conto che fumando si arreca ogni giorno un insulto all'organismo, prima si smette, meno si rischia.

Si sente parlare sempre di dati epidemiologici, può però verificarsi che dallo smettere di fumare alcuni ne traggano un beneficio enorme, altri nessuno, atteso che il tumore al polmone viene anche ai non fumatori. Si parla sempre di fattori di probabilità e si deve per ciò precisare che il rischio può diminuire o aumentare, senza però che ve ne sia una certezza matematica.

Per quanto possibile è sempre raccomandabile smettere di fumare, anche perché, a detta dei fumatori, trascorso il primo periodo di sofferenza, sembra subentrare un vero piacere fisico per il respiro, il gusto e anche per l'epidermide. Indipendentemente dall'aspetto squisitamente sanitario, sono convinto che smettere di fumare sia comunque una conquista per tutti.

*PACIFICI.* Molte delle risposte, segnatamente quelle da dare alla senatrice Bianconi, sono già state fornite dai colleghi che mi hanno preceduto. Tutti i dati che abbiamo sono chiaramente a vostra disposizione perché riteniamo rappresentino uno strumento che consente di agire in maniera più efficace. Le informazioni che diamo, se recepite, possono aiutare nella scelta degli interventi più efficaci da adottare.

Senatrice Boldi, non siamo esperti di comunicazione ma sappiamo con certezza che ai ragazzi non interessano i messaggi legati al rischio della salute. Se su una persona adulta questo genere di comunicazione può produrre molto effetto, per un ragazzo è diverso avendo una percezione molto confusa e lontana della malattia e della morte. È sicuramente più efficace il messaggio di un beniamino, un cantante, un attore o un altro personaggio comunque vicino all'immaginario del ragazzo che conduce uno stile di vita sano, al di fuori di un contesto sanitario.

*BOVENGA.* Oltre a questi modelli, le indagini compiute hanno statisticamente dimostrato l'enorme influenza del genitore fumatore sui figli. Se una volta erano i figli a fumare di nascosto dei genitori, oggi i genitori dovrebbero cominciare a fumare di nascosto dei figli per trasmettere loro il messaggio di non fumare.

*PRESIDENTE.* Ringrazio i nostri ospiti per i loro preziosi interventi e li invito a trasmettere alla Commissione tutto la documentazione in loro possesso.

Dichiaro conclusa l'audizione e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 15,15.*



